

Nombre del Beneficiario (*en letra imprenta*)

Número de Medicare / Seguro Privado

1. MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se realicen en nombre del *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* por los servicios proporcionados por el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen*. Autorizo a cualquier titular de mi información médica a divulgar a los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (anteriormente, Health Care Financing Administration) y sus agentes toda la información que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagados por los servicios relacionados. Comprendo que mi firma es requerida para que el pago se realice y autorizo la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otro seguro de salud está contemplado en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de información al asegurador o agencia indicada. *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* aceptan la determinación del gasto de la operadora de Medicare como gasto completo y soy responsable solo del deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y deducible se basan en la determinación del gasto del Operador Medicare.

2. MEDIGAP: Comprendo que si una política de MediGap u otro seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar en los formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de información al asegurador o agencia indicada. Solicito que el pago de los beneficios de seguro secundario autorizados se lleven a cabo en mi nombre al *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen*, si es posible o de otra manera, a mí.

3. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: El *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* pueden divulgar todo o parte de mis registros médicos y/o información financiera, incluso la información relativa al abuso de drogas y alcohol, enfermedad psiquiátrica, enfermedad contagiosa o VIH a cualquier persona o sociedad (1) que es o pueda ser responsable o esté bajo contrato con *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* para el reintegro de los servicios prestados, y, (2) cualquier proveedor de atención de salud para una atención continua del paciente. Asimismo, pueden divulgar de manera anónima toda la información relativa a mi caso, que sea necesaria o adecuada para el progreso de la ciencia médica, la educación médica, investigación médica, para la recopilación de datos estadísticos o conforme la ley, estatuto o reglamentación estatal o federal. Una copia de esta autorización puede usarse en lugar del original.

4. OTROS SEGUROS: Comprendo que *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* no tienen contratos, expresos ni implícitos, con ningún plan que el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* no haya contratado. El que suscribe comprende que estoy obligado de forma individual a pagar todos los gastos de todos los servicios prestados por *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* si pertenezco a un plan que el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* no haya contratado.

5. SERVICIOS NO CUBIERTOS: Comprendo que *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* contrata con planes de servicio de atención médica (es decir, HMO, PPO) relativos solo a los puntos y servicios que están "cubiertos" por los planes de servicio de atención de salud. De igual manera, el que suscribe acepta toda la responsabilidad financiera por todos los puntos y servicios, que se determinan por los planes de servicio de atención médica que no están cubiertos. Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, los servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicio de atención de salud o en el resumen de beneficios que el plan de servicio de atención de salud proporciona al paciente y el tratamiento o las pruebas no autorizadas por el plan de servicio de atención de salud. El que suscribe acuerda cooperar con el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* para obtener las autorizaciones del plan de servicio de atención de salud que sean necesarias.

6. ACUERDO FINANCIERO: Acuerdo que a cambio de los servicios ofrecidos al paciente por el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* pagaré mi cuenta en el momento en que se presta el servicio o haré los acuerdos financieros satisfactorios para el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* para el pago correspondiente. Si se envía una cuenta a un abogado para su cobro, acuerdo pagar los gastos de cobranza y los honorarios razonables de abogado, conforme se establece por el tribunal y no por un jurado en cualquier demanda judicial. Comprendo y acuerdo que si mi cuenta está morosa, puedo recibir un interés a una tasa legal. Todos los beneficios de cualquier índole en virtud de cualquier política de seguro que garantiza el seguro al paciente o a cualquier parte responsable con el paciente se asignan al *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* si se indican copagos y/o deducibles por mi aseguradora o plan de salud, acuerdo pagarlos al *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen*. No obstante, se entiende que el que suscribe y/o el paciente son los responsables principales del pago de mi cuenta.

Firma del Beneficiario o Parte Autorizada

Fecha